

# がん診療地域連携パス 診療情報提供書

( 導入・計画書: 拠点病院→かかりつけ医 )

令和 年 月 日

## 「肺癌術後経過観察」連携パス

### 医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター  
担当医:

患者情報	当院 ID :	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 性別

### 症状経過及び治療経過など

経過内容・検査結果 (添付可)	
処方内容	

### 手術情報

非小細胞肺癌	組織型 ( )
進行度(病理病期)	Stage ( IA / IB )
手術日	pT ( T1a / T1b / T2a ), pN : NO , pM : MO 令和 年 月 日
退院日	( 1.肺部分切除術 / 2.肺区域切除術 / 3.肺葉切除術 / 4.リンパ節郭清術 ) 令和 年 月 日

### 連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	かかりつけ医	病院	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年	3年 3ヶ月	3年 6ヶ月	3年 9ヶ月	4年	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

- 別紙の連携診療計画書に沿って、がん拠点病院の担当医とかかりつけ医と共同で経過を診ていきます。  
次回の市立東大阪医療センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。
- パリアンス発生時(がんの再発など)には、市立東大阪医療センターと連携医が相互に連絡してください。  
以上、肺癌術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。